FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul GODONNÈCHE

Né à La Tour-d'Auvergne (Puy-de-Dôme),
le 5 septembre 1899

QUELQUES INDICATIONS

DES

PANSEMENTS MUCILAGINEUX

INTRARECTO-CÔLIQUES

(OBSERVATIONS PERSONNELLES)

Président : M. P. CARNOT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment[le].
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE..	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Opthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale fantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologiqu

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique c l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opini émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni imp bation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

QUI FUT MON MEILLEUR MAITRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

À M. le Professeur CARNOT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon

Hommage de profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES

CLERMONT-FERRAND (1918-1920)

MM. LES PROFESSEURS BOUSQUET, BUY
MOUREYRE

(Internat)

MM. LES PROFESSEURS MAURIN, PIOLLET
MORNAC, BILLARD, MERLE

PARIS (1920-1924)

MM. LES PROFESSEURS TEISSIER, COUVELAIRE

M. LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

MM. LES DOCTEURS HUDELO, LE NOIR, TIXIER

Médecins des Hôpitaux

A M. le Docteur G. FRIEDEL

Assistant de la Consultation de gastro-entérologie de l'Hôpital Beaujon

Qui nous a initié à sa méthode, et n'a cessé de nous aider de ses conseils et de son expérience dans la rédaction de ce travail.

Hommage de profonde gratitude.

QUELQUES INDICATIONS
DES
PANSEMENTS MUCILAGINEUX
INTRARECTO-CŌLIQUES

HISTORIQUE

Il n'est pas besoin de remonter bien haut dans l'histoire médicale pour retrouver l'origine de la méthode dont nous voulons esquisser ici quelques indications. Il semble bien, en effet, qu'il y a vingt ans à peine, la thérapeutique intra-rectale n'avait fait, depuis Molière, aucun progrès décisif : le simple lavement, sous des formes diverses, en demeurait la base et presque l'unique chapitre.

C'est vers 1911 que M. Friedel, à la consultation de gastro-entérologie de M. Mathieu, à l'hôpital Saint-Antoine, inaugure l'emploi des lavages et des pansements à excipient mucilagineux. Il l'applique surtout au traitement de la dysenterie amibienne chronique et des recto-côlites hémorragiques érosives, et fait connaître, en 1913 et 1914, un certain nombre de résultats obtenus par cette nouvelle technique.

Depuis la guerre, plusieurs travaux l'ont consacrée. M. le professeur Carnot (thèse de Carabin, 1919)

préconise l'adjonction de l'émétine aux pansements rectaux dans le traitement de la dysenterie amibienne, Olivier Taillandier (thèse de Paris, 1920), emploie dans la même affection les pansements locaux au novarsénobenzol.

René Gaultier, dans une communication à la Société médicale de Paris (12 mai 1922), recommande l'emploi, dans les côlites, des pansements à la gélose ou à la gélatine suivant qu'il y a eu putréfaction ou fermentation intestinale.

Actuellement, M. Friedel, à la consultation de M. le professeur Carnot, à Beaujon, poursuit l'emploi de sa méthode, dont il a nettement précisé la technique et les modalités. C'est sous ses auspices que nous avons pu suivre, de juin 1923 à mars 1924, un certain nombre de malades, dont quelques observations sont consignées dans cette thèse.

Les pansements recto-côliques sont actuellement d'un emploi assez courant dans plusieurs services de gastro-entérologie.

INTRODUCTION

La question des côlites, naguère encore une des plus confuses de la pathologie gastro-intestinale, est devenue, depuis quelques années, singulièrement plus claire, grâce à l'introduction des techniques nouvelles.

Les examens radiologiques, en précisant la forme et les mouvements du côlon, ont permis d'analyser ses fonctions et ses troubles fonctionnels, et notamment d'individualiser les causes et la topographie des stases côliques.

Les examens endoscopiques ont permis de voir et de suivre dans leur évolution les lésions recto-sigmoïdiennes, si souvent reflet de lésions côliques sus-jacentes.

Les examens coprologiques, par la recherche du mucus, du pus, des albumines, du sang, font la preuve d'une participation organique du côlon, tandis que l'analyse méthodique des fèces permet de localiser le trouble constaté sur tel ou tel segment colique.

Enfin et surtout, les examens microscopiques, joints aux cultures et aux inoculations ont révélé

dans de nombreux cas la cause pathogène est transformé ainsi la classification des côlites et leur thérapeutique.

La question des syndromes côliques est donc à l'ordre du jour. Pour en faciliter la compréhension, et pour donner une idée exacte du mode d'action des pansements recto-coliques, il n'est pas inutile de rappeler quelques points de la physiologie du côlon.

Distinction des fonctions côliques droite et gauche. — « Le gros intestin, lit-on dans *le Traité de Physiologie de Gley*, n'est pas un organe digestif, ce n'est qu'un appareil d'évacuation. » Il semble actuellement établi que cette notion ne peut s'appliquer qu'au segment gauche ou terminal du gros intestin, dans lequel s'accumulent les résidus fécaux, ce qui rend possible une défécation discontinue et volontaire. Quant au segment droit ou proximal, il sert à la récupération de l'eau et des substances nutritives encore utilisables. Cette distinction, bien qu'elle puisse sembler un peu schématique, n'en est pas moins basée sur l'embryologie, et elle explique la division clinique en syndromes côliques droit et gauche.

Mouvements du gros intestin. — On distingue à la motricité intestinale deux formes d'activité:

1° Le tonus, propriété de la fibre musculaire lisse, qui retient les matières pendant leur élaboration. « Exagéré, il devient spasme (corde côlique) ; affai-

bli, il crée l'atonie (intestin-chiffon) » (Friedel) ;

2° Le péristaltisme, mouvement qui « résulte de la contraction des tuniques musculaires circulaire et longitudinale de l'intestin. Les fibres circulaires se contractent successivement de haut en bas, à mesure que la matière progresse dans le tube intestinal, de sorte que cette matière, comprimée supérieurement, se trouve poussée dans la portion suivante de l'intestin, dont les fibres sont encore dans le relâchement. Les fibres longitudinales raccourcissent la portion du canal dans laquelle les matières vont s'engager et l'amènent au-devant d'elles. Cette progression est singulièrement facilitée par l'association au mouvement péristaltique, en un point donné, d'un phénomène d'inhibition dans le segment sous-jacent ; celui-ci se relâche sous l'influence d'une excitation portée sur le point considéré, alors qu'au-dessus de ce point il y a renforcement de la contraction » (Gley).

Si ces mouvements péristaltiques étaient seuls à agir, la traversée du côlon par les matières et leur évacuation seraient très rapides. Or, la défécation ne se produit en général que le deuxième jour après l'absorption. C'est qu'en effet, à côté de ces mouvements péristaltiques si bien connus, il existe aussi des mouvements antipéristaltiques, considérés autrefois comme exceptionnels ou n'existant que dans les cas pathologiques. « Ces mouvements, survenant par séries, toutes les demi-heures, ramènent vers le cæcum le contenu côlique, tant que le travail de

récupération n'est pas achevé. C'est seulement lorsque la consistance du contenu côlique droit est devenue pâteuse qu'il franchit l'angle côlique gauche et pénètre dans le côlon terminal. De la douzième à la vingt-quatrième heure et davantage, le boudin fécal séjourne dans le descendant, sorte de sphincter allongé (suivant l'expression d'Albert Mathieu), puis dans le réservoir sigmoïdien, où il attend une défécation volontaire » (Carnot).

Nothnagel avait démontré le premier, en 1894, que du chlorure de sodium, placé sur la séreuse intestinale, peut donner lieu à des mouvements antipéristaltiques.

Grützner donne un lavement de 250 centimètres cubes de liquide tenant en suspension une poudre inerte (charbon, lycopode), et retrouve, quelques heures plus tard, ces particules dans l'estomac. Si l'eau du lavement est acide, le phénomène ne se produit pas.

Il injecte dans le rectum des émulsions d'amidon préparées avec la solution normale de sel, et après un certain nombre d'heures, il reconnaît au microscope des granules d'amidon dans le contenu gastrique.

Pour Hemmeter (Congrès de Médecine de 1900), les travaux de Grützner ne prouvent pas à l'évidence que les substances alimentaires montent et se meuvent antipéristaltiquement dans l'intestin. Le mouvement antipéristaltique n'est pour lui qu'un acheminement marginal ascendant extrêmement

faible, effectué par un simple contact de surface, notamment des particules avec l'épithélium qui, à son tour, est mû par la muscularis mucosæ.

Pour lui, l'antipéristaltisme de Nothnagel est tout différent ; il est visible à l'œil nu et ne se rencontre jamais dans les conditions physiologiques ; mais certaines conditions peuvent le provoquer, par exemple, les fortes solutions de sel, l'introduction des aliments par l'anus.

Mais le phénomène ne commença à être bien connu que par les expériences de W. Cannon, qui prouvèrent que « les mouvements des côlons transverse et ascendant sont habituellement antipéristaltiques, de telle sorte que le contenu intestinal, enfermé comme en un sac, est entièrement brassé et mélangé par ces contractions, qui se font dans la direction du cæcum ».

La notion de l'antipéristaltisme a pu être encore plus nettement précisée par la radiographie :

MM. Carnot et Bondouy donnent sans pression un petit lavement de gélose-baryum ou bismuth et constatent sous l'écran que, le sujet étant couché, le baryum arrive en quelques minutes jusqu'au cæcum.

L'étude radioscopique des côlons utilise journellement cette propriété.

Case, chirurgien et radiologue à Battle Creeck, a constaté que chez ses opérés (iléo-sigmoïdostomisés), le remplissage du côlon exclus se faisait par des ondes successives d'antipéristaltisme, d'abord

jusqu'à l'angle splénique, puis jusqu'au transverse et au cæcum.

Les mouvements antipéristaltiques, en effet, ne se produisent pas, à l'état normal, sur tout le trajet côlique. « Il semble qu'il y ait, en plusieurs régions de l'intestin, des centres de contraction nodaux, avec épaississement musculaire, véritables cœurs intestinaux, suivant l'expression de Barclay. Il s'y trouverait, d'après Keith, des cellules neuro-musculaires » (Carnot).

Pour Cannon, les ondes prennent naissance entre l'angle hépatique du côlon et le milieu du côlon transverse.

O. Roïth distingue, au point de vue de la motricité, trois segments dans le gros intestin.

« Dans le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du transverse, il existe des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques. Dans la partie gauche du transverse, dans le côlon descendant et iliaque, il n'y a à l'état normal que des mouvements péristaltiques. Dans le côlon pelvien et le rectum, il y a de nouveau des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques. »

Il y a donc deux zones de mouvements antipéristaltiques. Celle qui siège sur le côlon ascendant et la partie droite du transverse « agit sans que nous en ayions conscience, et joue un rôle actif dans le brassage et la résorption côliques. La seconde, siégeant sur l'anse sigmoïde, a besoin d'être aidée par une fermeture volontaire des sphincters anorectaux, qui

doit être assez forte pour résister à la poussée venant d'au-dessus ».

Concluons de tout cela, avec Friedel, qu'*il n'est nullement antiphysiologique*, comme le pensait Guinard, *de vouloir traiter les affections du côlon par des lavages ou des pansements introduits par voie anale. Le tout est de choisir les bons moyens et de savoir faire.*

Résorption cæco-côlique. — MM. Carnot et Bondouy ont pu analyser comparativement les selles cæcales et les selles anales, chez un sujet porteur d'un anus cæcal.

Ils ont constaté d'abord la déshydratation du contenu côlique droit. « On peut admettre qu'une selle liquide contient environ 90 0/0 d'eau, qu'elle est pâteuse à partir de 85 0/0, molle à partir de 80 0/0, dure à partir de 75 0/0.

« Dans le cæcum, le contenu est liquide, ou tout « au moins mou. Nous y avons trouvé une grande « quantité d'eau, non encore résorbée, des sucres « (saccharose, lactose), dont la présence dans le « cæcum se manifeste une heure après l'absorption « mais qui ont disparu après deux heures et demie ; « de l'amidon, que l'on retrouve encore après six « heures et qui s'y résorbe complètement, même « lorsqu'il est protégé par de minces membranes de « cellulose; des microbes iodophiles ; la cellulose « épaisse, mal attaquée par les bactéries, n'y est « pas résorbée ; nous y avons trouvé les albumines,

« les albumoses pendant quatre heures, puis elles se « résorbent complètement ; nous n'avons jamais « trouvé de peptones, résorbées en totalité dans le « grêle. Nous avons trouvé aussi, dans le cæcum, « de la tyrosine, des phénols, de l'indol. On trouve « encore des graisses neutres inattaquées ; des « acides gras qui s'alcalinisent et s'absorbent ; des « savons alcalino-terreux qui se dissolvent, au con- « traire, dans le milieu acide qu'est le contenu « cæcal : les pigments biliaires sont en presque tota- « lité transformés en stercobiline ; nous n'avons pas « trouvé de sels biliaires ; la plupart des ferments « digestifs ont déjà disparu : seule persiste l'inver- « tine ; enfin, il y a de nombreux microbes de fer- « mentation et de putréfaction qui jouent un grand « rôle en parachevant les transformations digestives. « La réaction du contenu cæcal est nettement « acide.

« Chez le même sujet, les selles évacuées par « l'anus sont moulées et non plus pâteuses ; leur « odeur est fécale, et non plus aigrelette ; les pig- « ments biliaires sont transformés en totalité en ster- « cobiline ; il n'y a plus d'amidon libre, même dans « les cellules de pommes de terre ; les grosses fibres « cellulosiques seules restent inattaquées ; il n'y a « plus d'albumine soluble ; les fibres musculaires « sont rares, très attaquées ; il n'y a plus de glo- « bules gras ; les bactéries innombrables du colon « sont mortes en partie. Enfin, la réaction est deve- « nue neutre ou alcaline.

« Ces modifications montrent toute l'importance « du travail de transformation et de résorption « accompli dans les colons (Carnot). »

MM. Carnot et Gérard ont cherché si, par l'emploi de la gélose, on pouvait retarder l'absorption de certains médicaments. Ils firent des séries d'expériences avec l'iodure de potassium et l'émétine donnés en lavement de 100 centimètres cubes, soit en solution aqueuse, soit en solution gélosée. Ils constatèrent qu'avec la gélose l'absorption était retardée, et que l'élimination urinaire se prolongeait davantage qu'en solution aqueuse simple.

Les résultats les plus nets qu'ils aient obtenu furent avec l'iodure de potassium. Au début, l'élimination était lente. Le maximum d'élimination avait lieu sans la gélose vers la première heure, avec la gélose vers la quatrième heure.

Taillandier a recherché l'élimination de l'arsenic à la suite des pansements mucilagineux au novarsénobenzol : il l'a trouvée constamment négative. Il en conclut qu'il n'y a aucune absorption de ce médicament par la muqueuse rectale, lorsqu'il est mélangé au pansement mucilagineux.

Cette absorption retardée ou nulle de certains médicaments permet l'emploi de doses plus fortes en solution gélosée.

ORIENTATION GÉNÉRALE ACTUELLE DU TRAITEMENT DES AFFECTIONS RECTO-COLIQUES

Outre le traitement spécifique que commandent les recto-côlites à germes connus (dysenterie amibienne ou bacillaire, syphilis..., etc.) ; outre la cure radicale du cancer, des sténoses ou des hémorroïdes, par exemple, il y a place, dans toutes les affections recto-côliques, pour un traitement symptomatique, qui devient dans bien des cas un adjuvant nécessaire du traitement étiologique.

Il est admis aujourd'hui que ce traitement symptomatique est essentiellement médical. « Toutefois, en face d'une côlite immédiatement grave par suite d'hémorragies abondantes et répétées, en face d'une côlite chronique rebelle au traitement médical, ayant provoqué un état de cachexie et d'affaiblissement menaçant, il faut avoir recours au chirurgien, qui mettra le côlon au repos par l'établissement d'un anus cæcal. Le danger immédiat une fois conjuré, on pourra se servir de cet anus pour faire des lavages modificateurs du côlon (Friedel). »

En ce qui concerne le traitement médical, nous

n'avons pas à insister ici sur l'importance du régime alimentaire, sur l'utilité des diverses méthodes physiques : hydrothérapie, massage, électrisation.

Pour agir directement sur le côlon et sa muqueuse, deux voies s'offrent au médecin :

Voie haute et voie basse. — Les divers traitements qu'on a appliqués par voie buccale se proposent trois buts principaux : combattre la constipation ; lever les spasmes ; faire disparaître l'irritation inflammatoire de la muqueuse. La difficulté du problème est précisément de supprimer la constipation sans irriter la muqueuse et sans exciter le spasme du côlon. Telle est la raison des échecs fréquents de la médication par voie haute, et de la tendance actuelle à la restreindre de plus en plus.

On connaît assez l'action néfaste d'un grand nombre de purgatifs. Ils agissent, dit Vulpian, « en irritant la membrane muqueuse des voies digestives. Cette irritation détermine des modifications de l'épithélium intestinal, et, par action réflexe vasodilatatrice, une congestion plus ou moins vive de la muqueuse, une desquamation épithéliale avec production rapide et abondante de mucus, diapédèse ou non de leucocytes, et une sécrétion active du suc intestinal, auquel se mêlent sans doute, dans certains cas, les produits d'une transsudation profuse, formée surtout d'eau et de certains sels du sang, et due au travail exagéré et vicié dont les éléments de la membrane sont le siège ». L'exagération du péristaltisme qu'ils provoquent n'est

pas moins néfaste sur un intestin déjà spasmé.

Pour lever le spasme côlique, on a employé l'opium. Mais il a l'inconvénient de maintenir la constipation et de diminuer l'appétit. La belladone n'a pas ces inconvénients. Mais le principal reproche qu'on puisse faire à l'emploi de ces substances par voie buccale est d'irriter inutilement la muqueuse gastrique.

Quant aux divers antiseptiques intestinaux (naphtol, bétol, benzonaphtol..., etc.), ils sont aussi trop souvent irritants pour l'estomac, et ne doivent être employés, semble-t-il, qu'à titre accessoire.

Ainsi : danger des purgatifs, action irritante inutile pour l'estomac, des antiseptiques intestinaux, telles sont les principales raisons qui doivent faire préférer la voie rectale à la voie buccale dans le traitement des affections côliques.

Nous avons d'ailleurs vu, précédemment, que tout le gros intestin, depuis le rectum jusqu'au cæcum, est accessible aux lavages modificateurs.

Mais cette thérapeutique par voie rectale demande à être correctement appliquée.

Les abus du lavage de l'intestin. — C'est à M. Mathieu que revient le mérite d'avoir montré, en 1904, les inconvénients du lavement d'eau simple, si commode, mais si néfaste. « Il n'est pas rare, dit-il, de voir des malades pratiquer depuis des années des lavages quotidiens avec deux litres d'eau et plus sans obtenir la disparition de la constipation. Ils l'entretiennent sans s'en douter par le moyen même

par lequel ils la combattent... L'abus du lavage d'intestin entretient la constipation en entretenant le spasme côlique... Il est la cause principale de l'apparition des membranes dans les côlites muqueuses et même dans de simples constipations chroniques. Il semble que les lavages fassent à volonté apparaître les membranes. Aussi la côlite muco-membraneuse devient-elle beaucoup plus rare depuis que la vogue des lavages s'est apaisée et que beaucoup de malades sont soignés sans y avoir recours. »

Pour faire un lavage, le sérum physiologique, qui ne présente pas les mêmes inconvénients, serait plus indiqué que l'eau simple, mais le chlorure de sodium est incompatible avec la plupart des substances médicamenteuses que l'on veut faire agir sur la muqueuse côlique malade.

L'huile ne peut pas non plus servir d'excipient : elle provoque souvent des fermentations en se dédoublant en acides gras et savons très irritants pour la muqueuse intestinale.

On a employé la gélatine ; mais la gélatine est une albuminoïde animale, et, comme telle trop putrescible. Il n'en est pas de même de la gélose et des autres substances mucilagineuses, qui constituent les seuls excipients recommandables. On peut les employer soit sous forme de lavages, soit sous forme de pansements.

Lorsqu'on veut agir sur tous les côlons, le cæco-ascendant compris, on donne la préférence au lavage,

qui pénètre assez rapidement jusqu'au cæcum et est rejeté au bout de dix à quinze minutes.

Si, au contraire, on veut traiter une côlite du descendant, de l'iliaque, ou une recto-sigmoïdite, on obtient de meilleurs résultats par le pansement, qui, lui, peut rester dans l'intestin pendant des heures, soit en totalité, soit en partie. C'est lui que nous aurons particulièrement en vue dans cette étude.

LA GELOSE ET LES MUCILAGINEUX

H. Baillon désigne sous le nom de phycocolle l'ensemble des matières mucilagineuses qui sont fournies par les Algues. De cette catégorie sont les substances dites « ichtyocolle végétale »,« colle du Japon », « Haï-thao », «alguensine », « agar-agar », etc., etc.

On considère le véritable agar-agar de Singapour comme fourni par le Gigartinia isiformis,ou Euchuma isiforme, de la division des Rhodospermées ou Floridées.

Mais la substance généralement usitée en thérapeutique sous le nom d'agar-agar est extraite d'Algues de nos pays, entre autres le Chondrus crispus, connu sous le nom de Carragahen ou Mousse perlée, ou Mousse d'Islande, qui comprend près de 40 variétés ; le Chondrus mammilosus, ou Gigartinia mamillosa et le Gigartinia acicularis, qui est moins soluble dans l'eau bouillante que le véritable Garragahen. Ces Algues croissent sur les côtes de la portion septentrionale de l'Atlantique,depuis la Norvège jusqu'au détroit de Gibraltar. On en récolte beaucoup en Normandie, en Bretagne, à l'ouest de

l'Irlande, notamment à Higo, à Hambourg. Sur certaines plages, on les récolte indifféremment l'une pour l'autre. On les lave après la récolte, et on les expose au soleil pour les sécher. Dans l'eau froide, elles deviennent odorantes. Bouillies pendant quelques minutes dans vingt ou trente fois leurs poids d'eau, elles ne s'y dissolvent pas, mais elles forment par le refroidissement une masse gélatineuse, très riche en mucilage (54 0/0), avec 2 0/0 de cellulose, 9 de matières albuminoïdes, 14 de cendres et 18 d'eau.

Le principe gélatineux qui donne à toutes ces Algues leurs qualités avait d'abord été identifié à la pectine. Mais Payen l'avait nommé *gélose* dès 1859 et l'avait trouvé composé de : C : 42,77 ; H : 5,77 ; O : 51,45.

D'autres végétaux, tels que les semences de lin et de coing, les feuilles, les fleurs et la racine de guimauve, les cactus..., etc. renferment des principes analogues, qu'on peut grouper sous le nom de *mucilages*. Traités par des acides étendus, ils donnent des gommes solubles et du glucose ou du galactose.

Au point de vue thérapeutique, ils se rangent dans la classe des *topiques*, *ou modificateurs locaux*, c'est-à-dire « des agents sans élection fonctionnelle propre, et dont l'influence ne dépend pas tant de l'énergie chimique qu'ils développent que de la durée et de l'intensité de leur action, ainsi que du point de leur application. Ce sont des topiques neutres, c'est-à-dire ne possédant pas d'affinité pour les tissus avec lesquels on les met en contact, et

n'exerçant, à la suite de leur application, ni irritation, ni compression. Ils isolent les tissus du milieu extérieur : d'où leur nom de *protecteurs* ; ils en relâchent et en diminuent la tonicité, ils les rendent plus mous et plus perméables, d'où encore leur nom d'*émollients*. Ils exercent une *action sédative* sur les tissus enflammés. Enfin, ils aident à l'absorption des substances médicamenteuses en les *émulsionnant* » (Pouchet). Ajoutons encore que ces mucilages sont anti-hémorragiques, comme la gélatine, en provoquant la coagulation directe du sang. Enfin, on connaît l'heureuse action de la gélose et des mucilagineux dans la constipation.

Ainsi donc : grand pouvoir absorbant, aucune action nocive sur les tissus, rôle de protection locale et de ramollissement, action décongestive, antihémorragique et laxative, telles sont les remarquables propriétés qui font des mucilagineux, et en particulier de la gélose, l'excipient de choix dans les pansements recto-côliques.

TECHNIQUE DES PANSEMENTS

Le but des pansements est de porter dans le rectum et dans l'anse et d'y maintenir des substances médicamenteuses finement divisées et émulsionnées.

Pour cela, on emploie comme excipient soit la coréine, soit la gélose (1) en solution crémeuse. Voici comment on l'obtient :

On fait bouillir pendant une demi-heure 20 gr. de gélose avec 1 litre d'eau. La solution obtenue, en se refroidissant, se prend en masse. De cette masse, on prend 5 cuillerées à soupe (200 à 300 grammes), on verse dessus 100 grammes d'eau bouillante, et, avec une seringue de Guyon, par des mouvements d'aspiration et de refoulement, on obtient une crème épaisse, ressemblant à du glycérolé d'amidon. A cette crème on incorpore, suivant les indications et suivant les effets visés, les médicaments suivants :

1. La gélose est d'un emploi plus courant, en raison de son prix moins élevé.

Calmants	Styptiqnes	Cautérisants	Désinfectants
—	—	—	—
			Huile
Laudanum :	Adrénaline :	Acide chromique	goménolée
XX à XXX	XX à XXX	(sol. au 1/10) :	à 30 o/o
gouttes	gouttes		
		III à IV	XX à XXX
	Chlorure	gouttes	gouttes
Antipyrine :	de Calcium		
2 grammes	1 gramme	Acide	Liqueur
		lactique :	de Labarraque :
		II à III	XX à XXX
		gouttes	gouttes
Cocaïne :	Emétine :	Créosote	
		en émulsion	
2 centigr.	0 gr. 10	III gouttes	

Les médicaments une fois additionnés à l'excipient, on peut ajouter les poudres absorbantes : oxyde de zinc, talc, sous-gallate de bismuth, charbon, kaolin, etc. Le tout est bien brassé par aspirations et refoulements avec la seringue de Guyon.

On veillera à donner à ce pansement une température de 37 degrés, et on injectera, par l'intermédiaire d'une sonde rectale molle, une ou deux seringues dans le rectum, sous une pression douce avec arrêt au moment des spasmes. Le pansement sera fait de préférence le soir, avant le sommeil ; sinon, le malade restera couché dix minutes au moins. Il est généralement bien supporté et bien gardé ; mais le malade ne doit faire pour le garder aucun effort ; il n'y a aucun inconvénient à en laisser rejeter une partie ; la muqueuse recto-sigmoïdo-côlique restera toujours

recouverte d'une quantité suffisante de pansement, pour que l'action prolongée soit obtenue.

Comme pour les pansements cutanés, on obtient de meilleurs résultats en changeant de médicament tous les trois on quatre jours, en le supprimant même de temps en temps pour n'utiliser que la masse crémeuse toute seule.

RECTO-SIGMOIDITE DYSENTÉRIQUE AMIBIENNE

On sait combien sont fréquents en France, depuis la guerre, les cas de dysenterie amibienne, même chez des hommes qui n'ont jamais été ni aux colonies, ni en Proche-Orient. Actuellement, on observe surtout des malades (réformés de guerre, principalement) chez lesquels, après plusieurs rechutes, l'affection a passé à l'état chronique. Il y a alors peu de symptômes fonctionnels, et l'état général est habituellement peu altéré. Il n'en faut pas moins se méfier de ces formes dormantes, qui peuvent aboutir à des accidents graves, tels que l'hépatite amibienne suppurée. D'autre part, la disparition des amibes n'entraîne pas la guérison définitive : l'infection spécifique, longtemps prolongée, provoque une déchéance anatomique et fonctionnelle de l'intestin qui le rend particulièrement vulnérable aux microbes banaux. Il importe donc de ne pas « laisser traîner » une dysenterie amibienne chronique qui semble éteinte. C'est dans ces cas que le traitement local aura ses indications les plus nettes.

M. Friedel, qui a particulièrement envisagé le

traitement de la dysenterie amibienne chronique lui assigne trois buts :

1° Calmer les symptômes fontionnels, particulièrement au moyen de la belladone (2 centigrammes) et du laudanum, qu'il incorpore aux pansements intra-rectaux ;

2° Guérir la recto-côlique (congestion, ulcérations, abcès amibiens) : dans ce but, il a utilisé le nitrate d'argent (20 centigr. pour 1000), l'acide chromique (20 centigr. pour 1000), le lantol (rhodium colloïdal, 6 cc. pour 500 gr. d'eau)... etc. Comme vecteur de ces substances, il emploie l'eau tiède mucilagineuse. Ce lavement mucilagineux est gardé dix à quinze minutes, puis il est remplacé par un pansement médicamenteux contenant des poudres cautérisantes (sous-gallate de bismuth, oxyde de zinc, carbonate de chaux). La substance mucilagineuse, très avide d'eau, produit une décongestion remarquable de la muqueuse et permet de tenir les poudres en contact avec les ulcérations, qui s'améliorent rapidement ;

3° La troisième indication est de détruire les amibes. Outre le traitement général de l'amibiase, que nous n'avons pas à envisager ici, diverses substances amibicides ont été incorporées aux pansements locaux. M. Friedel avait employé le thymol, qu'il a abandonné en raison des phénomènes d'intolérance qu'il produit (vertiges, nausées, forte cuisson à l'anus). M. le professeur Carnot (thèse de Carabin, 1919) a préconisé l'emploi de l'émétine par voie rectale : par cette voie, l'absorption de l'émétine se

trouve retardée, et son élimination urinaire est prolongée si on l'incorpore à une solution gélosée. Olivier Taillandier a employé les pansements recto-côliques au novarsénobenzol : sous cette forme, le novarsénobenzol n'est pas absorbé, il n'y a pas à craindre d'effets secondaires toxiques ; le pansement peut être gardé pendant douze ou vingt-quatre heures. Cette méthode permet donc, d'une part, l'emploi de doses plus fortes, d'autre part, un contact prolongé de l'arsénobenzol avec l'amibe et ses kystes. On fait par semaine deux à trois pansements contenant chacun 0 gr. 30 à 1 gramme de novarsénobenzol.

Mais nous voulons surtout insister sur le bénéfice très important que peut retirer le dysentérique chronique de l'emploi du pansement local simple, sans adjonction d'aucun agent spécifique. Par sa seule action laxative, décongestive et antiseptique locale, il constitue un adjuvant précieux de la médication spécifique appliquée par d'autres voies. En voici un exemple :

OBSERVATION

Dysenterie amibienne chronique rebelle aux traitements spécifiques. — Amélioration par les pansements

R..., 33 ans, employé de banque, vient au début de février 1924 à la consultation de M. le professeur Carnot, à Beaujon, se plaignant d'une diarrhée glaireuse et sanguinolente.

Il dit avoir toujours été bien portant jusqu'en octobre 1918. A cette époque, au front, en Champagne, il contracte la

dysenterie amibienne. Il est évacué d'abord sur un hôpital de Marseille, où il ne reste que quelques jours ; puis, il est envoyé à l'hôpital d'Oran, où il ne reçoit, dit-il, aucun traitement actif. Toutefois, les crises ayant cessé, il sort de l'hôpital en juin 1919.

En août 1919, une nouvelle crise se produit. Il rentre à nouveau à l'hôpital. Il reçoit 6 injections de néo-salvarsan, et sort amélioré à la fin de septembre.

Pendant l'été de 1920, nouvelle atteinte de dysenterie traitée par 12 injections de 5 centigrammes d'émétine.

Une nouvelle crise survient pendant l'hiver 1920-1921, puis une autre pendant l'été 1921, durant deux mois. Le malade est de nouveau traité par des injections d'émétine.

Il vient habiter Paris en mai 1922. Pendant l'été de la même année, il a encore une crise. De nouvelles crises surviennent encore en juin, puis en novembre 1923. Au cours de ces diverses atteintes, le malade se traite à domicile par des injections d'émétine.

Le 10 décembre, il a des selles très sanguinolentes. Cela dure cinq à six jours, 4 à 6 selles par jour. Une légère amélioration se produit ensuite, après traitement par l'émétine. Les selles restent diarrhéiques.

Cet état dure jusqu'au début de février, où le malade vient à Beaujon. A ce moment, 4 selles par jour, très liquides, non sanguinolentes.

Examen des selles (par M. Friedel). — Présence de kystes et d'amibes.

Les pansements gélosés recto-côliques sont appliqués trois

fois par semaine depuis le début de février. En même temps, on fait une série de 12 injections d'émétine.

Le 18 février, le malade n'a plus qu'une selle par jour, un peu molle. L'état général est très amélioré.

OXYUROSE

La présence d'oxyures dans l'intestin est susceptible d'y déterminer des lésions sérieuses. Frœlich, examinant au spéculum la muqueuse rectale, a constaté l'existence d'un piqueté hémorragique dû aux piqûres répétées des parasites. Les oxyures causent une inflammation chronique de l'intestin, véritable entérite parasitaire, qu'on peut rapprocher de la dysenterie amibienne et des autres dysenteries à parasites.

Il est des cas où les traitements habituels (santonine par la voie buccale, lavements d'eau salée..,etc). se montrent tout à fait insuffisants : l'oxyurose peut alors persister pendant de nombreuses années, entraînant des troubles digestifs et généraux graves. Il importe alors de mettre en œuvre des traitements plus actifs. Le bismuth, donné à fortes doses par la voie buccale, peut donner de bons résultats ; mais il faut aussi instituer un traitement vraiment actif par la voie rectale. A cet effet, on peut employer le polysulfure, qu'on incorpore aux pansements intra-rectaux. Ceux-ci, en outre, grâce à leur action décongestive et cicatrisante, améliorent les lésions recto-côliques.

Il importe d'associer toujours le traitement buccal et le traitement rectal, sous peine d'aller à un échec.

OBSERVATION

Oxyurose chronique rebelle. — Amélioration par les pansements à base de polysulfure

P..., 45 ans, employé de bureau, vient à la consultation de M. le professeur Carnot au début de février 1924. Il est traité depuis dix ans pour oxyurose. Il n'avait pas eu d'oxyures dans son enfance. Parmi les nombreuses médications qui ont été appliquées, il a retenu les suivantes : par la bouche, santonine et calomel ; localement : pommade à l'oxyde de zinc à 1/10, lavements d'eau salée, d'eau savonneuse, de vinaigre, pommade à l'oxyde jaune de mercure, onguent gris.

Au moment où le malade vient à la consultation, il se plaint surtout de prurit intense et d'insomnie. Les selles sont très irrégulières, tantôt dures, tantôt liquides, glaireuses. Elles contiennent des oxyures en très grand nombre.

Le malade a été opéré en 1923 d'une fissure anale, très douloureuse, vraisemblablement causée par les oxyures.

Des pansements gélosés recto-coliques, à base de polysulfure, et contenant en outre du laudanum, de l'acide chromique et du sous-gallate de bismuth, sont appliqués d'abord tous les jours du 10 au 20 février 1924, puis tous les deux jours. En même temps, on fait prendre, au début de ce traitement, un paquet de 0 gr. 10 de carbonate de bismuth chaque matin, et trois prises de 0 gr. 20 de calomel à trois jours d'intervalle.

Au bout de quinze jours de traitement (25 février), une amélioration très nette est survenue : le nombre des oxyures dans les selles a beaucoup diminué ; il y a chaque jour une selle demi-molle, avec très peu de glaires. Le sommeil est meilleur, le prurit bien moins intense.

Les jours suivants, les oxyures disparaissent complètement des selles. Cet état dure jusqu'au 24 mars, où le malade en constate à nouveau quelques-uns. On fait prendre alors 10 grammes de sous-nitrate de bismuth en une fois et 30 centigrammes de santonine avec 0 gr. 45 de calomel en trois jours. Les pansements sont continués.

ANO-RECTITE HÉMORROIDAIRE

Lorsque des hémorroïdes deviennent procidentes, elles sont prédisposées à devenir le siège de diverses complications, qui ne sont que les degrés divers d'une seule : la phlébite hémorroïdaire (Quénu et Hartmann). Ce sont d'abord la fluxion, puis l'irréductibilité et l'étranglement. Si les accidents d'étranglement se reproduisent avec une certaine fréquence, ils altèrent profondément la muqueuse et aboutissent, surtout chez le vieillard, à des accidents de rectite chronique. Il en résulte un écoulement muco-purulent parfois abondant, dont les inconvénients sont multiples. Ces « hémorroïdes blanches », suivant l'expression de Richet, peuvent déterminer des érosions, des érythèmes de toute sorte qui ne font qu'aggraver les phénomènes inflammatoires et rendent très pénible la situation des malades.

On comprend donc que l'hygiène du rectum ait une importance capitale, non pas pour guérir les hémorroïdes, mais pour les rendre tolérables en réduisant au minimum la rectite. Nous n'avons pas à envisager ici toutes les variétés de laxatifs et de

lavements qui ont été employés. Les pansements gélosés locaux ont sur eux la supériorité d'évacuer plus complètement le rectum, de ne pas produire d'irritation locale, de décongestionner la muqueuse et les veines turgescentes.

OBSERVATION

Ano-rectite hémorroïdaire avec plaques suintantes péri-anales. — Guérison à la suite des pansements

R..., 58 ans, concierge, porteur d'hémorroïdes depuis une dizaine d'années, dit les avoir toujours bien tolérées jusqu'en avril 1923. A cette époque, elles sont devenues procidentes. Le malade a éprouvé de vives douleurs ; il a constaté la présence de sang dans les selles, qui sont devenues liquides et douloureuses par intervalles. Vers la même époque, est apparue à l'anus une rougeur, accompagnée de prurit anal et d'un suintement très abondant.

Des pansements gélosés recto-côliques avec III gouttes d'acide chromique ont été appliqués par M. Friedel, à la consultation de M. le professeur Carnot, d'abord deux fois par semaine, puis tous les huit jours, ensuite tous les quinze jours.

A l'époque où nous voyons le malade (15 juin 1923), l'état général s'est amélioré, la douleur à la défécation a disparu, le sang a beaucoup diminué dans les selles.

On constate l'existence d'un érythème eczématoïde périanal, « en papillon » occupant toute la profondeur du sillon interfessier. Le suintement et le prurit ont beaucoup

diminué à son niveau. Le malade dit avoir déjà eu, dix ans auparavant, des plaques suintantes péri-anales du même type.

Les pansements sont continués jusqu'à la fin de juillet. A ce moment, le suintement s'est tari. On cesse le traitement.

Depuis, l'état est resté bon. Nous avons revu le malade en mars 1924, en excellente santé.

ANO-RECTITES ET RECTO-SIGMOÏDITES NON SPÉCIFIQUES OU NON IDENTIFIÉES

Nous groupons sous ce titre quelques cas dont la nature n'a pas pu être identifiée avec certitude, bien que, dans certains, une cause spécifique possible ait été envisagée : blennorragie, syphilis, amibiase..., etc.

Quant aux recto-sigmoïdites reconnues comme non spécifiques, très fréquentes dans nos pays, elles surviennent soit pendant les saisons chaudes, soit à la suite d'écarts de régime ou d'ingestion d'aliments avariés, soit à la snite d'une maladie infectieuse. C'est ainsi qu'il faut comprendre aussi les recto-sigmoïdites qui surviennent à la suite d'une recto-sigmoïdite spécifique (recto-sigmoïdite banale post-dysentérique, post-typhique). A l'examen bactériologique, on trouve de tout : colibacilles, entérocoques, streptocoques, staphylocoques, anaérobies... etc.

L'aspect clinique de ces recto-sigmoïdites varie suivant la virulence des microbes et suivant les lésions qu'ils provoquent. « Il existe, dit Mathieu, une échelle assez étendue de possibilités cliniques allant de la recto-sigmoïdite légère à la recto-sigmoïdite

dysentériforme ou hémorragique, à la recto-sigmoïdite intéressant toutes les tuniques intestinales, y compris le péritoine. » Ces formes peuvent d'ailleurs se succéder chez un même malade.

Toutes relèvent des pansements recto-côliques, qui peuvent donner des grandes améliorations, surtout dans les formes chroniques.

OBSERVATION I

Recto-sigmoïdite. — Amélioration par les pansements

F..., 43 ans, garçon d'hôtel.

Aucune maladie antérieure.

Début de l'affection en août 1922 par une crise douloureuse avec ténesme, constipation opiniâtre, ayant duré trois ou quatre jours. Une nouvelle crise survient deux mois après, puis les crises se répètent tous les mois.

Au moment des crises, le malade rend des glaires qui deviennent de plus en plus abondantes, du sang et beaucoup de gaz. Tantôt les matières sont complètement supprimées, tantôt elles sont très sèches et en très petite quantité. Il n'y a pas de douleur abdominale, pas d'élévation de température.

Toucher rectal (5 avril 1923) : infiltration péri-sphinctérienne, avec contracture du sphincter. Grosse prostate douloureuse. Rien au faces latérales, face antérieure plus douloureuse. En haut, loin, à bout de doigt, on sent quelque chose d'anormal masqué par des scybales.

Rectoscopie. — Muqueuse rectale uniformément rouge, granuleuse. On ne peut pas dépasser l'éperon sigmoïdien,

où la muqueuse est œdématiée. L'anse sigmoïde rejette des crachats muqueux dans le rectum.

Des pansements recto-côliques ont été appliqués à partir d'avril 1923, tous les jours pendant un mois, puis deux fois par semaine.

Le 25 juin 1923, date à laquelle nous voyons le malade, les crises ont disparu : selles bien moulées, pas de glaires, pas de sang.

On interrompt les pansements en juillet, et on les reprend au début d'octobre.

En novembre 1923, le malade étant très amélioré, on cesse les pansements.

Le malade revient le 24 mars 1924 ; il a une crise diarrhéique et glaireuse. On reprend les pansements tous les jours.

OBSERVATION II

Sigmoïdite. — Amélioration par les pansements

Mme V..., 28 ans, vendeuse, vient à la consultation de M. le professeur Carnot le 20 janvier 1924 pour de la diarrhée et des douleurs abdominales.

Elle a été opérée pour appendicite chronique en janvier 1920, à Saint Joseph. Elle n'avait jamais eu de crises violentes.

La diarrhée est survenue progressivement depuis deux ou trois ans et est devenue presque constante. Au début, la malade ne souffrait pas. C'est en décembre 1923 qu'elle a commencé à éprouver une sensation de pesanteur abdomi-

nale. Puis au début de janvier, la douleur est apparue, localisée principalement à gauche.

A partir du 20 janvier, des pansements gélosés recto-côliques ont été appliqués trois fois par semaine; en même temps, on commence des massages abdominaux, et on institue un régime (exclusion du pain et des graisses).

Le 18 février, la malade éprouve une amélioration très nette. La diarrhée a disparu; les douleurs abdominales ont diminué.

OBSERVATION III

Ulcérations avec rectorragies. — Origine possible : applications de radium. — Amélioration par les pansements

Mme K..., 47 ans, blanchisseuse, vient à la consultation de M. le professeur Carnot en mai 1923 pour des hémorragies rectales.

Deux ans plus tôt, un cancer du col de l'utérus avait été constaté chez cette malade.

Biopsie pratiquée au laboratoire Letulle et Lesure le 21 avril 1921 : « épithélioma pavimenteux très végétant, avec quelques globes épidermiques ».

Le 4 mai 1921, une application de radium est pratiquée transversalement sur le col : 50 Ra pendant soixante-douze heures.

Le 22 juin, même application.

Le traitement a ensuite été arrêté.

En 1922, est apparu un petit écoulement rectal jaunâtre, sans autres troubles rectaux.

En mars 1923, un examen gynécologique, pratiqué à l'hôpital Bichat par le Dr Baudin, constate une « induration

suspecte dans le paramètre et un saignement du fond du vagin ».

Vers la même époque, apparaissent les rectorragies, sous forme de petits caillots de sang rouge. En même temps, la malade présente une constipation opiniâtre, un état de faiblesse générale très marqué. A plusieurs reprises, elle fait des poussées thermiques à 40 degrés.

On s'est demandé si les troubles rectaux n'étaient pas une conséquence des applications de radium.

A partir du 20 mai 1923, des pansements recto-côliques, avec 1 milligramme d'adrénaline, ont été appliqués tous les jours par M. Friedel.

Le 20 juin, époque à laquelle nous voyons la malade, les rectorragies persistent; l'état général s'est amélioré, la constipation a cessé, le suintement a diminué.

Rectoscopie (21 juin). — A 12 ou 13 centimètres de l'anus, présence d'ulcérations, en amélioration nette sur des rectoscopies antérieures. Le bord des ulcérations est devenu hypertrophique. Une cautérisation à l'acide lactique est pratiquée.

Le 25 juin, la malade, pour la première fois, ne constate plus de sang dans les selles.

OBSERVATION IV

Ulcérations rectales. — Amélioration par les pansements

Mme M..., 70 ans, femme de ménage. Toujours bien portante jusqu'au début de 1921. A cette époque, elle constate qu'elle perd des matières et qu'il y a du sang dans les selles. Au début, pas de glaires, pas de douleurs.

Par la suite, les selles sont devenues glaireuses et diarrhéiques par intervalles. L'incontinence a persisté.

A partir d'avril 1923, des pansements recto-côliques avec XX gouttes de laudanum, et 1 milligramme d'adrénaline ont été appliqués une fois par semaine.

Le 21 juin 1923, l'état général s'est beaucoup amélioré, il n'y a plus à ce moment de sang dans les selles. L'incontinence persiste.

Rectoscopie. — Ulcérations superficielles, non limitées, en voie d'amélioration.

A partir du 21 juin, on ajoute aux pansements une ampoule de 4 centigrammes d'émétine.

Nous renvoyons la malade à la consultation le 5 mars 1924. A cette date, elle a 4 ou 5 selles par jour, toujours irrésistibles, contenant des glaires assez abondantes, et par intervalles du sang. Cet état est très influencé à la fatigue : la malade fait des ménages pénibles.

On reprend les pansements recto-côliques.

Le 26 mars, 2 à 3 selles par jour, demi-molles ; beaucoup moins de glaires ; sang par intervalles. La malade a beaucoup d'appétit.

Rectoscopie (26 mars). — Ulcérations superficielles de toute l'ampoule, avec taches jaunes fongueuses saignant facilement ; aspect chagriné. Cautérisation à l'acide lactique.

Les pansements sont continués.

OBSERVATION V

Ulcérations avec rectorragies (origine amibienne possible)
Amélioration par les pansements

Mme C..., 21 ans, vient à la consultation de M. Carnot le 7 février 1924 pour des coliques et de la diarrhée avec glaires et sang.

C'est en 1922 qu'elle a constaté pour la première fois la présence de sang dans les selles. Auparavant, elle dit s'être toujours bien portée. Depuis lors, elle a eu deux crises douloureuses très intenses, avec prédominance à gauche.

Au moment où elle vient à la consultation, elle a 10 selles par jour avec des glaires et beaucoup de sang. Examen des selles : pas d'amibes. A partir du 7 février, on applique tous les jours des pansements, avec de l'huile goménolée et III gouttes d'acide chromique.

Le 20 février, elle n'a plus que 3 selles par jour ; le sang a beaucoup diminué : très peu de glaires.

Rectoscopie (20 février). — Muqueuse saignante ; excoriations ; points jaunes. Lésions en voie d'amélioration.

A partir du 20 février, on fait des pansements tous les deux jours, avec laudanum, dermatol et huile goménolée.

Le 19 mars, il y a toujours 3 selles par jour, avec un peu de sang. On reprend les pensements tous les jours.

OBSERVATION VI

Rectite légère. — Amélioration par les pansements

S..., 53 ans, chauffeur. Début en 1921 par du prurit anal survenant le soir après le travail et persistant pendant la nuit.

Le malade a eu plusieurs blennorragies, la première remontant à trente ans. Il a été traité à plusieurs reprises à Lariboisière et à Beaujon. Actuellement, il persiste un écoulement uréthral intermittent dans lequel on n'a pas trouvé de gonocoques (présence de bactéries et de cellules épithéliales).

Wassermann négatif.

Le malade souffre depuis longtemps de rhumatismes polyarticulaires, ayant atteint tour à tour les poignets, les articulations des doigts, les genoux, les chevilles, l'articulation temporo-maxillaire.

Il vient à la consultation en avril 1923. Il présente à ce moment du prurit anal et une diarrhée intermittente, sans glaires ni sang.

Des pansements recto-côliques, avec laudanum et dermatol, ont été appliqués tous les deux jours, depuis la fin d'avril 1923.

Le 21 juin, le prurit a diminué, la diarrhée a disparu, l'état général est meilleur.

Toucher rectal : sensibilité diffuse, plus marquée en avant.

Le 30 juin, l'amélioration persiste. Même état le 7 juillet,

Les pansements sont interrompus dans le courant de juillet. Le malade revient le 1er octobre 1923. Dans l'intervalle. le malade a conservé un bon état ; un peu de prurit ; anorexie L'écoulement uréthral persiste.

Les pansements gélosés sont repris le 1er octobre, pendant quelques jours. Le prurit devient très peu marqué : on cesse les pansements.

OBSERVATION VII

Anite simple avec prurit. — Amélioration par les pansements

A..., 40 ans, cocher-livreur, vient à la consultation en mars 1923 pour des picottements à l'anus.

Il s'était toujours bien porté. Pas de blennorragie, pas de syphilis. Marié ; femme bien portante ; un enfant mort à 15 jours (cause ignorée).

Il n'a jamais eu de diarrhée, ni de sang ni de glaires, dans les selles.

Il est traité, à partir de mars 1923, par des applications de pâte consistante, puis de rectoline. Le prurit disparaît à partir de juillet-août 1923.

En décembre, il reparaît, plus intense.

En janvier 1924, on commence les pansements recto-côliques, trois fois par semaine. En même temps, application de suppositoires au sous-gallate de bismuth.

Le 19 mars 1923, époque à laquelle nous voyons le malade, le prurit a beaucoup diminué. Le malade avait suspendu les pansements du 5 au 12 mars : aussitôt, le prurit avait reparu.

Le 24 mars, le prurit a repris, plus marqué une ou deux heures après les selles. Même état le 26 mars. Le traitement est continué.

Toucher rectal : petites bosselures dans le canal anal.

Rectoscopie : pénétration facile. Toute la muqueuse est excoriée. Rien dans le rectum.

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

La pathogénie des rétrécissements du rectum a été très longuement discutée. Ces rétrécissements ont été considérés comme syphilitiques dès qu'ils ont été connus. Desault, Boyer, Laugier, sans préciser d'ailleurs leurs relations avec la syphilis, admettaient cependant qu'ils étaient de nature syphilitique. Une réaction se produisit sous l'influence de Gosselin, puis de Berger, de Duplay, qui soutinrent que le rétrécissement était une affection d'ordre inflammatoire banale, dans laquelle la syphilis ne saurait jouer qu'un rôle indirect. En 1875, Fournier décrivit le rétrécissement syphilitique du rectum comme résultant par rétraction scléreuse d'une infiltration hyperplasique interstitielle localisée, conséquence ultérieure du syphilome ano-rectal. Il ne fit pas, toutefois, du rétrécissement rectal l'apanage exclusif de la syphilis et reconnut qu'il était souvent le résultat de causes très différentes : cancer, tuberculose, actinomycose..., etc. M. Pierre Delbet va plus loin : il n'admet même pas qu'un rétrécissement survenant chez un syphilitique avéré soit de nature syphilitique, et il a observé chez un syphilitique un rétrécisse-

ment tuberculeux. Pour lui, « la preuve qu'il existe des rétrécissements purement syphilitiques du rectum n'a pas encore été donnée ».

Si nous nous en tenons au strict domaine des faits, nous constatons que les antécédents syphilitiques sont très fréquents, quoique non constants chez les rétrécis : M. Friedel a acquis la certitude d'infection syphilitique dans 7 cas sur 8 ; Esner a trouvé dans 6 cas sur 8 un Wassermann positif. La syphilis était avérée dans 2 cas sur les 4 que nous rapportons plus loin. En revanche, d'après Friedel, le rétrécissement survient très rarement à la suite des rectites ulcéreuses simples, ou dysentériques, ou tuberculeuses. Enfin, il y a lieu de faire une part aux rétrécissements cicatriciels, pouvant survenir à la suite d'un traumatisme chirurgical (cure d'hémorroïdes, extirpation de fistules.., etc.).

Quel traitement appliquer à ces rétrécissements ? Il est de notion courante que le traitement antisyphilitique est inefficace dans tout rétrécissement constitué. Toutefois, MM. Carnot, Harvier et Friedel ont obtenu une guérison par un traitement arsénico-mercuriel combiné à des injections de fibrolysine dans l'anneau cicatriciel.

Pour beaucoup, le traitement du rétrécissement rectal est uniquement chirurgical. La dilatation brusque ou lente, temporaire ou permanente est une méthode purement palliative, qui en aucun cas ne guérit. La rectotomie interne, la rectotomie externe, l'extirpation sont employées avec des résultats va-

riables. L'anus artificiel, employé au début pour remédier à des accidents d'obstruction, est aujourd'hui regardé comme la méthode de choix. Les courants à haute fréquence peuvent donner des succès.

Il va sans dire que le traitement médical n'est qu'un palliatif, « s'adressant au rétréci et non au rétrécissement ».

Il consistera, chez ces malades souvent affaiblis, cachectisés, à soutenir l'état général, mais surtout à favoriser la régularité des selles. Dans ce but, les pansements gélosés recto-côliques sont particulièrement indiqués. Ils constituent un adjuvant très utile du traitement chirurgical. Ils peuvent même, employés seuls, donner des améliorations très nettes, ainsi que le montrera l'observation ci-après :

OBSERVATION I

Syphilome rectal. — Grosse amélioration par les pansements

H..., 60 ans, employé de bureau, vient à la consultation de M. le professeur Carnot, à Beaujon, en février 1923 pour des selles douloureuses et irrégulières, accompagnées de glaires, de pus et de sang.

Le malade a eu la syphilis il y a trente ans et n'a été traité jusqu'en 1922 que par de l'iodure et des pilules mercurielles. Wassermann positif en 1921. En 1922, il a reçu 12 injections de novarsénobenzol et des injections d'hectargyre.

Il dit n'avoir eu aucun accident jusqu'en 1921. Au début de 1921, les glaires, le pus et le sang ont apparu dans les matières. A cette époque, des hémorroïdes internes ont été

constatées, et, à la fin de la même année, une fistule anale, qui a été opérée à l'hôpital Péan.

En 1922 — un mois après l'opération — le malade a éprouvé des crises de ténesme violent; le cours des matières a été presque complètement supprimé pendant plusieurs jours. Le rétrécissement rectal a alors été constaté, et traité par quatre séances de dilatation, à la suite desquelles les phénomènes d'occlusion ont cessé.

Depuis cette époque, le sang a persisté dans les selles, les glaires sont devenues plus abondantes et plus épaisses ; les selles sont restées irrégulières et douloureuses par intervalles.

A partir de février 1923, des pansements recto-côliques laudanisés ont été appliqués par M. Friedel. Ils ont été poursuivis tous les jours jusqu'à la fin de juillet 1923. Parallèlement, en juin et juillet 1923, un traitement anti-syphilitique a été institué : 1 centigramme de cyanure de mercure intraveineux tous les jours et 3 centimètres cubes de quinby tous les quatre jours.

En juin 1923 — époque à laquelle nous voyons le malade —, il éprouve une grande amélioration : il a chaque jour, sans douleur, deux selles demi-molles, dans lesquelles les glaires et le sang ont beaucoup diminué.

Toucher rectal (21 juin 1923) : le bord supérieur du sphincter est induré. On sent une grande bride qui enserre la lumière. En avant, cette bride s'élargit en un bourrelet élastique. Au-dessous de l'orifice, qui admet le doigt, on sent une paroi rectale légèrement bosselée. Le tout est mobile sur les parties sous-jacentes.

Le Wassermann est devenu négatif (juillet 1923). Ses réflexes sont normaux. Pas de troubles oculaires.

Le malade se plaint de douleurs épigastriques, survenant trois heures après le repas, et accompagnées de renvois acides.

Les pansements recto-côliques et le traitement spécifique sont interrompus en août et en septembre 1923. Pendant cet intervalle, le malade prend des suppositoires au dermatol.

Il revient le 1er octobre, très satisfait de son état général. Il a gagné 6 kilos. Il constate encore par intermittences des glaires et du sang dans les selles.

Toucher rectal (1er octobre 1923) : les brides cicatricielles se sont considérablement assouplies. L'index passe à travers et revient propre.

On reprend les pansements à cette date. Depuis lors, ils ont été continués sans interruption deux fois par semaine jusqu'en mars 1924.

Au début de mars, la rectoscopie permet l'introduction d'un tube de 15 millimètres. Il n'y a plus de sang dans les selles ; il y a encore parfois quelques glaires. Une selle par jour. Très bon état général.

OBSERVATION II

Rectorragies avec rétrécissement consécutifs à une intervention chirurgicale. — Amélioration par les pansements

Mme M..., 39 ans, vient à la consultation de M. le professeur Carnot le 6 décembre 1923, pour du sang dans les selles.

Elle avait eu depuis huit ans des coliques néphrétiques. En 1921, elle a subi une lithotritie dans le service de M. Marion.

Le lendemain de l'opération, elle a constaté pour la pre-

mière fois la présence de sang dans les selles, et depuis lors cet état n'a jamais cessé.

En 1922, les hémorragies sont devenues plus fortes, les selles très douloureuses. La malade va consulter M. le professeur Cunéo, qui conseille un anus artificiel.

La malade ne se rend pas à cet avis, et va consulter M. Pauchet, qui constate un rétrécissement du rectum, mais ne se montre pas partisan d'un anus artificiel. Il pratique, en décembre 1921, une intervention dont la malade ne peut pas préciser la nature.

A la suite de cette intervention, la malade dit ne pas s'être sentie améliorée. Les hémorragies ont persisté.

De mai à juillet 1923, elle subit un traitement électrique qu'elle ne précise pas, et qui, dit-elle, aurait aggravé son état.

Les hémorragies ont persisté, abondantes, jusqu'au moment où la malade est venue consulter (décembre 1923), et ont nécessité des injections d'ergotine.

Des pansements recto-côliques ont été appliqués tous les jours depuis le 6 décembre 1923 jusqu'au début de février 1924. Le sang, à cette époque, a complètement disparu des selles.

A partir du début de février, pansement tous les deux jours.

Le 19 février, le sang reparaît dans les selles. On reprend les pansements tous les jours, en y ajoutant, une fois par semaine, III gouttes d'acide chromique.

Au bout de quelques jours, le sang disparaît. On reprend les pansements tous les deux jours.

Le 17 mars, la malade dit revoir encore, de temps à autre.

un peu de sang. Elle a une ou deux selles par jour. L'état général s'est amélioré.

Le 26 mars, plus de sang dans les selles. La malade, contrairement à ce qui avait eu lieu jusqu'alors, n'en a pas présenté au moment de ses règles, du 20 au 23 mars.

OBSERVATION III

Rétrécissement rectal (origine blennorragique possible)
Anus artificiel

Mme B..., 36 ans, couturière, dit avoir présenté dès son enfance des troubles intestinaux : douleur à la défécation, présence de sang dans les selles.

Il y a dix ans, les selles sont devenues plus difficiles et plus douloureuses. Depuis, elle a perdu l'appétit et beaucoup maigri.

Elle n'a suivi aucun traitement jusqu'en janvier 1921. A cette époque, elle entre dans le service de M. le professeur Carnot, à Beaujon. Elle y subit d'abord pendant un mois un traitement radiothérapique ; puis, quelques pansements gélosés intra-recto-côliques sont appliqués. Aucune amélioration.

Examen. — Infiltration péri-anale assez étendue ; ulcération anale limitée du côté de la peau par un bord net, blanc. Le fond de l'ulcération est rouge-gris, fongueux. Au toucher : rétrécissement très serré au niveau du bord supérieur du sphincter. Contraction sphinctérienne volontaire presque nulle. L'anneau cicatriciel est mobilisable dans tous les sens. Le petit rectoscope pénètre au-dessus de la stricture et fait constater l'existence d'ulcérations banales.

La malade sort de l'hôpital en mars 1921, y rentre en avril et y reste un mois. A ce moment, elle a des accès fébriles (39°) combattus par la quinine. En même temps, on pratique une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol et 10 injections mercurielles intramusculaires.

La malade ne reconnaît aucun antécédent syphilitique.

Le Wassermann est négatif. Blennorragie anale probable par coït anal.

Elle sort de l'hôpital le 1er mai 1921, mais continue à venir à la consultation. On pratique à nouveau des pansements gélosés, et, en outre, 10 applications de courant à haute fréquence. A la suite, l'état reste toujours précaire et les selles difficiles, rubannées.

En 1922, elle vient de temps en temps à la consultation pour des applications de pansements recto-côliques. Pas d'amélioration sensible.

En 1923, à la consultation, on pratique tous les jours, pendant quelque temps, des séances de dilatation avec bougies en caoutchouc. Les selles restent très douloureuses.

La malade fait un séjour à la campagne de juillet à septembre 1923. Au mois de septembre, les selles deviennent de plus en plus pénibles ; il y a de la fièvre.

A son retour, M. Friedel l'adresse à M. Michon, qui pratique un anus artificiel gauche le 17 octobre 1923.

Depuis cette époque, l'état s'améliore sérieusement : bon appétit, bon état général. Elle gagne 8 kilos.

Depuis, elle a continué à venir à la consultation, où des pansements recto-côliques ont été appliqués tous les jours. Aucun autre traitement.

Le 17 mars, la malade se sent de nouveau fatiguée. On

supprime les pansements, et on les remplace par des lavages par l'anus artificiel du haut vers le bas, avec poudre d'agar, dermatol, laudanum et huile goménolée.

Le 24 mars, état stationnaire. L'appétit a diminué. Chaque jour, la malade a, par l'anus normal, 4 à 5 évacuations contenant des glaires. Les douleurs ont repris. On continue les lavages.

Le 26 mars, les poussées recto-sigmoïdiennes ont diminué, l'état est meilleur. On supprime les poudres dans les lavages.

OBSERVATION IV

Syphilome rectal. — Amélioration produite par l'anus artificiel, maintenue par les pansements

Mme B..., 32 ans. Bien portante jusqu'en 1918. Mariée en 1913 : mari tuberculeux avéré, et, dit-elle, probablement syphilitique, non traité ; éthylique.

Deux enfants, morts tous deux de tuberculose pulmonaire, l'un à 2 ans, l'autre à 8 ans.

Son mari s'engage en 1914 et est fait prisonnier dès le début. Nouveaux rapports avec lui en 1919, pendant quinze jours. Depuis, aucun rapport avec lui.

En décembre 1918, elle fait la connaissance d'un autre homme, syphilitique avéré, ancien colonial, traité irrégulièrement et vit avec lui.

A ce moment, elle ne présentait aucun accident.

Un an après, en 1919, elle a des places muqueuses. Depuis, elle n'a rien eu jusqu'en 1921.

En 1921, elle a présenté à l'anus une tuméfaction du

volume d'une olive, saignante (petite gomme probable). La constipation est apparue à cette époque : une selle tous les trois ou quatre jours, douloureuse, très dure.

En même temps, elle a eu un bubon inguinal, qui a été incisé à Beaujon et a suppuré pendant deux mois.

Les troubles rectaux ont persisté en 1922 : douleurs, présence dans les selles de sang, et de pus en grande quantité.

En 1922, elle a reçu une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol à Saint-Louis, puis une série de novar et d'injections bismuthiques à Cochin, jusqu'en janvier 1923.

En janvier 1923 au dispensaire antisyphilitique Wassermann négatif. On pratique trois injections de novarsénobenzol.

Les troubles rectaux ne s'améliorent pas, on envoie la malade à Saint-Antoine, où une rectoscopie est pratiquée. De là, on l'envoie à Saint-Louis, où on institue un traitement par les rayons ultra-violets et l'électricité.

Ce traitement a été continué jusqu'en août 1923, sans amélioration nette : malgré les laxatifs, la malade n'avait qu'une selle pénible tous les deux jours, avec présence de pus abondant et de sang.

La malade vient alors à Saint-Louis, dans le service de M. Michon, où un anus artificiel est pratiqué.

Elle reste à l'hôpital jusqu'en octobre. Le 21 octobre, elle est renvoyée à la consultation de M. le professeur Carnot. M. Friedel institue un traitement par l'iodure de potassium et par des pansements gélosés recto-côliques.

Les pansements ont été appliqués tous les jours jusqu'à la fin de décembre 1923. A ce moment, l'amélioration est sensible : le pus a diminué dans les selles.

Depuis le début de janvier 1924, les pansements ont été appliqués tous les deux jours. Le 5 mars, époque à laquelle nous voyons la malade, la suppuration a beaucoup diminué ; il persiste encore du sang dans les selles.

Une série de 10 injections intra-musculaires de quinby est pratiquée tous les quatre jours à partir du 27 février.

Le 19 mars, il y a toujours du sang dans les selles.

CANCER RECTO-SIGMOIDIEN INOPÉRABLE

L'opérabilité du cancer du rectum doit être basée moins sur sa situation en hauteur que sur son extension en profondeur, qui permet d'apprécier son degré de mobilité. Encore un critérium bien défini n'est-il guère possible : place reste pour des variations individuelles d'interprétation, dans lesquelles peuvent intervenir, en particulier, l'âge et l'état général du sujet.

En présence d'un cancer recto-sigmoïdien inopérable, on n'est d'ailleurs pas désarmé actuellement. Sans parler des applications radifères, il existe divers traitements palliatifs qui peuvent influencer heureusement l'évolution de la tumeur, diminuer les douleurs, les écoulements, les suppurations, remonter l'état général, rendre au malade une quiétude morale. Celui qui est le plus en faveur est l'anus artificiel : « En excluant le segment malade de l'intestin, il diminue les processus infectieux favorisés par le passage incessant des matières et par leur stagnation. En outre, il assure une vidange normale et constante de l'intestin et pare ainsi aux accidents stercorémiques ; il donne au malade l'il-

lusion ou l'espoir d'une guérison » (P. Delbet et Bréchot).

L'anus artificiel n'est toutefois pas sans inconvénients : le malade est continuellement souillé, il est un objet de dégoût pour son entourage, et, en particulier, pour le conjoint. En outre, l'anus peut s'infecter. Il semble donc préférable de n'y recourir que le plus tard possible, quand les moyens médicaux se sont montrés insuffisants : en fait, tous ceux qu'on a longtemps employé (lavements ou suppositoires glycérinés, irrigations rectales chaudes, bains de siège, applications analgésiantes) ne donnaient que des résultats bien médiocres. Actuellement, les pansements mucilagineux, non seulement luttent efficacement contre la rectite concomitante, mais, en outre, grâce à leur action décongestive puissante, favorisent le cours normal des matières, et, par suite, peuvent assurer pendant un certain temps la conservation de l'état général.

Il est bien entendu que ce traitement sera soumis au controle du rectoscope, et que, lorsqu'il se révéle rainsuffisant, l'anus sera indiqué.

OBSERVATION I

Cancer recto-sigmoïdien. — Amélioration temporaire par les pansements. — Exitus

Le docteur P..., 50 ans, vient consulter à la fin d'avril 1923. Il avait remarqué depuis plusieurs mois que ses selles étaient diminuées de calibre et présentaient une teinte chocolat. Au

début d'avril, il avait éprouvé des crises de ténesme violent accompagnées de suintement glaireux et de rectorragies abondantes : « le sang giclait », dit-il.

A la fin de 1921, étant au Tonkin, il avait déjà présenté une rectorragie analogue, attribuée alors à des hémorroïdes. Nouvelle rectorragie en août 1922.

Il n'a pas eu de dysenterie au Tonkin. Un examen bactériologique du suintement, pratiqué en avril 1923, ne montre ni amibes, ni bacilles.

Il a eu le choléra en 1907. Aucun autre antécédent pathologique.

A partir du 1er mai 1903, M. Friedel procède à des applications quotidiennes de pansements recto-côliques, avec oxyde de zinc, talc, laudanum et huile goménolée.

La douleur disparaît dès le troisième pansement.

Au bout de quelques jours, on supprime l'oxyde de zinc dans les pansements.

Au début de juin, une application d'aiguilles de radium est pratiquée.

A l'époque à laquelle nous voyons le malade (23 juin 1923), il n'y a plus de douleurs, plus de sang dans les selles. L'état général semble bien conservé. Toutefois, il y a eu depuis avril une perte de poids de 12 kilos.

Examen rectoscopique, le 23 juin. — On pénètre facilement jusqu'à l'anse sigmoïde. On voit la muqueuse détergée par endroits, légèrement saignante ; aspect bien net, légèrement granuleux.

Le malade va à la campagne, où à la suite d'une occlusion, on a dû pratiquer un anus artificiel. Evolution rapide : exitus.

OBSERVATION II

Cancer sigmoïdien infiltré. — Etat général amélioré par les pansements

D:.., 56 ans, garçon de restaurant, vient à la consultation de M. le professeur Carnot en février 1924.

Dans ses antécédents, on note qu'il a eu la syphilis il y a trente-quatre ans. Traité au début par du sirop de Gibert. Au moment où il vient consulter, il est traité en ville par des injections de bismuth et d'arsénobenzol.

Il dit avoir beaucoup maigri depuis 1918. C'est en novembre 1922 qu'il a éprouvé ses premiers troubles intestinaux. A cette époque, le sang est apparu dans les selles. Le malade avait 7 à 8 fausses selles glaireuses par jour.

Cet état aurait persisté pendant toute l'année 1923. En juillet 1923, il consulte un médecin qui lui fait une série d'injections de bismuth intramusculaires.

L'appétit a toujours été conservé.

Les pansements gélosés recto-côliques ont été appliqués trois fois par semaine, depuis le début de mars.

19 mars 1924, *depuis le début des pansements, en quinze jours, le malade a gagné 2 kilos.*

Toucher rectal : à bout de doigt et à droite, on sent une grosse masse arrondie, indurée, douloureuse, immobile. On n'atteint pas sa limite supérieure.

Rectoscopie : pénétration facile jusqu'à l'anse. Rien d'anormal jusqu'à ce niveau.

Radiographie : sténose néoplasique de l'anse. C'est la tumeur sigmoïdienne qu'on touche à travers la paroi rectale. Le traitement est continué, pour reculer le plus possible l'anus iliaque.

PERICOLITES

Adhérences péricoliques post-opératoires ou consécutives aux lésions génitales chez la femme

On reconnaît aux péricôlites une double origine : tantôt elles accompagnent les côlites, dont elles sont la conséquence ; tantôt elles ont leur origine en dehors du tube digestif. La première variété n'est que la propagation au mésocôlon et aux tissus voisins des lésions côliques ; la seconde n'est que l'évolution autour du côlon d'une infection venue d'ailleurs : c'est la péricôlite par propagation.

Comme l'a montré Michaux, ces foyers péricôliques sont, en particulier, consécutifs aux lésions génitales chez la femme : salpingite suppurée puerpérale ou non, phlegmon de l'étage supérieur du ligament large..., etc. Ils peuvent aussi provenir d'une appendicite.

La péricôlite est soit adhésive, soit suppurée (Lejars). Dès 1853, Virchow décrivait autour des côlons des adhérences qu'il attribuait à un processus d'inflammation chronique. Walther a montré la fréquence des adhérences épiploïques et la variété de leurs dispositions : elles peuvent unir l'intestin à la paroi, au bassin, aux organes génitaux. Dans plu-

sieurs des cas que nous publions ci-dessous, ces adhérences sont survenues consécutivement à une intervention chirurgicale. Quelle que soit leur origine, elles peuvent entretenir des troubles fonctionnels sérieux et des réactions côliques dont le diagnostic est délicat.

A gauche, la *péri-sigmoïdite* fait le pendant de l'appendicite, sans toutefois en présenter la gravité. Mais, même si elle ne passe pas à la suppuration, elle constitue, par la production de brides cicatricielles, une menace permanente pour le malade : des crises d'occlusion peuvent survenir et se répéter à brefs intervalles. Les péricôlites, par les accidents qu'elles déterminent, nécessitent le plus souvent un traitement chirurgical, qui consiste dans le décollement méthodique des adhérences.

Toutefois, il y a lieu de noter que les adhérences se forment avec prédilection sur les segments côliques alourdis par la stase : la côlite en détermine la production ; il faut donc la combattre. Les pansements recto-côliques répondent à cette indication. Ils peuvent permettre d'éviter ou de retarder le traitement opératoire, ou en prolonger les effets.

OBSERVATION I

Adhérences sigmoïdiennes post-opératoires
Amélioration par les pansements

Mme M..., 30 ans, couturière, dit avoir présenté depuis longtemps des crises d'entéro-côlite, avec vomissements et selles glaireuses.

En décembre 1921, elle est prise d'une violente crise abdominale, avec douleur et vomissements, et entre à Beaujon, dans le service de M. Savariaud. Au bout de douze jours une hystérectomie abdominale totale est pratiquée.

A la suite, des phénomènes péritonéaux apparaissent. Une laparotomie est pratiquée le 4 janvier 1922. On aurait constaté à ce moment de nombreuses fistules intestinales. Nouvelle la parotomie le 9 février avec exclusion d'anses intestinales. Le 18 février, elle est encore réincisée pour abcès à la fesse.

Améliorée, elle revient chez elle pendant un mois. Le 28 mars, survient une nouvelle crise douloureuse, avec vomissements. Elle est opérée d'urgence par M. Savariaud (occlusion par adhérences).

A la suite, la malade, sortie de l'hôpital, a continué à éprouver par crises des douleurs abdominales, une sensation de constriction à l'hypogastre et aux fosses iliaques, un peu de diarrhée. Dans l'intervalle des crises, les selles sont normales : une selle par jour, bien moulée, sans douleur.

La malade vient à la consultation de M. le professeur Carnot le 9 novembre 1922. Traitement : hydrothérapie chaude sur l'abdomen, huile de paraffine, régime (légumes verts, viande grillée, pas de féculents).

Au cours de l'année 1923, l'état s'est amélioré : pas de crises violentes jusqu'en décembre. A ce moment, elle a une crise assez forte, avec diarrhée abondante. Au début de janvier 1924, elle revient à la consultation.

Des pansements gélosés recto-côliques sont appliqués tous les jours, à partir du 7 janvier 1924 jusqu'au début de fé-

vrier, et tous les deux jours ensuite. On commence aussi en février des massages abdominaux.

Le 26 mars, la malade dit se sentir beaucoup mieux. Elle n'a pas eu de crise depuis le début des pansements. Les selles sont normales.

OBSERVATION II

Mme Mont... Bien portante jusqu'en 1922, époque à laquelle elle se marie. Quelque temps après son mariage, apparaissent des douleurs abbominables, à type de coliques. En même temps, les selles deviennent diarrhéiques, glaireuses. Des médecins, consultés, parlent les uns de salpingite, les autres d'appendicite.

Cet état persiste en 1923. En septembre 1923, la malade fait une saison à Vichy, où son médecin lui conseille une opération, soit pour appendicite, soit pour salpingite.

Le 4 octobre 1923, à son retour de Vichy, elle vient à la consultation de M. le professeur Carnot. A ce moment, elle présente une douleur assez vive de la fosse iliaque droite, avec sensation de brûlure. Elle a chaque jour une ou deux selles diarrhéiques, glaireuses, douloureuses.

M. Friedel pense à une annexite, et prescrit le repos au lit pendant un mois, avec injections à la liqueur de Labarraque et applications de sable chaud sur le ventre.

Pendant le séjour au lit, les douleurs disparaissent, l'état général s'améliore. Mais les douleurs reprennent dès que la malade recommence à se lever.

On institue alors (décembre 1923) un traitement par les pansements gélosés recto-côliques. Après trois pansements,

la malade est atteinte d'une bronchite et garde la chambre.

Guérie, elle revient au début de janvier. On reprend les pansements, tous les jours. Au début, la malade se décourage ; mais vers la fin janvier, après une vingtaine de pantements, une amélioration très nette commence à se dessiner : les selles deviennent bien moulées, sans glaires ; les brûlures abominales disparaissent.

Au début de février 1924, on commence à ne faire que trois pansements par semaine. L'état reste excellent jusqu'à la fin de février.

A ce moment, se croyant guérie, elle interrompt les pansements ; les coliques et la diarrhée glaireuse ont tendance à revenir.

Tout rentre dans l'ordre après quelques pansements.

OBSERVATION III

Mme S..., 26 ans, brodeuse, vient à la consultation de M. le professeur Carnot à la fin de janvier 1924, se plaignant de douleurs abominables et de constipation.

Le début de l'affection remonte à quatre ans. Auparavant, elle dit n'avoir jamais eu de maladie importante, mais avoir été traitée à plusieurs reprises pour « anémie ».

Ses parents sont vivants. Son père est bien portant. Sa mère a eu dix autres enfants.

Aucun antécédent syphilitique avoué.

En 1920, la malade a commencé à ressentir des douleurs abominables, survenant tous les mois, huit jours après les règles : douleurs violentes, à type de coliques, durant trois ou quatre heures et suivies d'un état d'affaiblissement extrême

pendant plusieurs jours. Dans l'intervalle des crises, l'état reste bon.

Ces crises persistent en 1921, 1922, 1923, survenant toujours tous les mois, après les règles. En 1923, la douleur devient prédominante à droite, avec irradiation vers l'épaule. Il n'y a jamais eu de glaires ni de sang dans les selles.

En août 1923, la malade est traitée dans le service de M. Savariaud pour « métrite », par des pansements vaginaux. Le traitement ne donnant pas de résultat, elle est envoyée par M. Savariaud à M. Friedel en janvier 1924.

La radioscopie montre des adhérences intestinales.

A partir du 11 février, après la fin de ses règles on commence à appliquer, tous les deux jours, un double traitement : pansements recto-côliques et massages abdominaux.

Le 16 février, la malade a sa crise habituelle. Elle revient le 27 février : on reprend pansements et massages.

Au début de mars, pendant les règles, le traitement est interrompu, et repris aussitôt après le 8 mars.

Le 20 mars, survient la crise, mais bien moins violente que les précédentes : c'est une simple sensation de faiblesse, sans douleurs. La malade revient le 22 mars, en bon état.

A la suite de sa crise, elle reste constipée jusqu'au 23 mars. Le traitement est continué.

OBSERVATION IV

Péricôlite d'origine annexielle. — Amélioration par les pansements

Mme L..., 37 ans, vient à la consultation de M. le professeur Carnot le 22 novembre 1923 pour de la diarrhée avec glaires et sang.

Elle est traitée depuis trois ans pour appendicite. Auparavant, elle présentait un assez bon état général et n'avait jamais eu de troubles intestinaux. Elle a toujours été mal réglée : règles survenant environ toutes les trois semaines, abondantes et durant huit jours. Elle a eu aussi depuis longtemps des pertes blanches.

Mariée en 1919. Pas d'enfants, pas de fausses couches. Son père est mort de tuberculose intestinale. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire. Elle-même présente des stigmates d'imprégnation bacillaire.

Les premières douleurs abdominales remontent à 1920. C'était d'abord de petites douleurs prédominant à droite survenant au moment des règles, sans fièvre, accompagnées parfois de vomissements. Puis les douleurs sont devenues continues.

Un médecin porte le diagnostic de salpingo-ovarite droite, et fait prendre de nombreuses injections (liqueur de Labarraque, permanganate). D'autres parlent d'appendicite et proposent une intervention.

A l'examen (22 mars 1924), on trouve un abdomen étalé, atone.

Toucher vaginal. — Col entr'ouvert, en antéflexion. Métrite du corps. Annexite droite.

Des pansements gélosés recto-côliques ont été appliqués tous les jours du 20 janvier au 15 février 1924, ensuite deux fois par semaine.

Avant le début des pansements, la malade avait 10 selles par jour, avec beaucoup de glaires et un peu de sang.

Dès les premiers pansements, les selles sont devenues moins nombreuses, les glaires ont beaucoup diminué, le

sang a disparu. Vers le 15 mars, la malade n'a plus qu'une selle par jour, bien moulée. Les douleurs abdominales persistent par intervalles.

Le 20 mars, sans cause appréciable, la diarrhée a reparu.

Le 24 mars, les selles sont redevenues normales.

INFECTIONS URINAIRES D'ORIGINE INTESTINALE (COLIBACILLOSE URINAIRE)

L'origine intestinale d'un grand nombre d'infections de l'appareil urinaire est aujourd'hui indiscutée. Bar avait déjà montré la prédominance de cette étiologie dans la pyélonéphrites au cours de la gestation, et une série de travaux en avait établi la fréquence chez l'enfant. Mais c'est surtout M. Heitz-Boyer qui en a montré l'importance chez l'adulte et le vieillard, et en particulier chez la femme non enceinte, si sujette aux infections urinaires à colibacilles. Dans ses observations, il a pu saisir sur le fait les diverses étapes de l'extension aux voies urinaires de l'infection intestinale par la voie sanguine. Il a décrit sous le nom de *syndrome entéro-rénal* les diverses modalités de cette propagation ; il en distingue trois : 1° une variété suppurée, comprenant la grande majorité des suppurations urinaires à colibacilles, et dans laquelle peuvent prédominer soit les phénomènes septicémiques (fièvre à grandes oscillations), soit les phénomènes rénaux et vésicaux (douleurs rénales, urines très troubles), à caractère rebelle et récidivant ; 2° une variété caractérisée par une

simple colibacillurie, et dans laquelle l'urine, parfois opalescente, peut être aussi totalement claire : le sujet paraît alors absolument normal, mais cette élimination répétée de colibacilles peut retentir secondairement sur le parenchyme rénal ; 3° enfin, ce retentissement sur le rein peut aboutir à la production d'une néphrite chronique d'origine intestinale.

M. Heitz-Boyer conclut qu'en présence d'une infection urinaire à colibacilles, « quelle qu'en soit l'intensité, qu'il s'agisse de septicémies ou de lésions localisées au rein ou à la vessie, il faudra, en dehors de toute étiologie évidente, rechercher la cause intestinale probable ». Réciproquement, il préconise « l'emploi systématique du cathétérisme urétéral, de l'hémoculture et la recherche des colibacilles dans les urines des sujets présentant des troubles intestinaux ».

Au point de vue thérapeutique, dans les infections urinaires à colibacilles, c'est donc avant tout l'état intestinal qu'il importe de traiter : les antiseptiques urinaires, la vaccinothérapie, le cathétérisme urétéral deviennent alors souvent inutiles ou n'ont qu'un rôle accessoire. On instituera un régime lacto-végétarien ; on donnera des bouillons lactiques, du benzonaphtol. Il importera surtout d'assurer un fonctionnement régulier de l'intestin : dans ce but, aux purgatifs il faudra préférer les laxatifs légers : huile de paraffine, ou huile de ricin à faible dose. Mais des résultats plus rapides et plus parfaits peuvent être

obtenus grâce à l'emploi des pansements gélosés intra-rectaux. Voici un des succès qu'a donné cette méthode appliquée par M. Friedel, et que nous avons observé avec lui :

OBSERVATION

Cystite à colibacilles. — Amélioration rapide par les pansements

Mme G..., 66 ans, est envoyée le 8 juin 1923 à M. Friedel par M. Michon. Cette femme a subi en 1912 l'ablation du rein gauche (tuberculose ?). Depuis lors, elle n'a éprouvé aucun trouble jusqu'au mois de décembre 1922, époque à laquelle est survenue de la pollakiurie nocturne, avec urines troubles et douleurs très vives à la miction. De décembre 1922 à juin 1923, elle a été traitée dans le service de M. Michon par l'uroformine et des lavages vésicaux au nitrate d'argent pratiqués tous les deux jours. Aucune amélioration n'a été constatée. A la suite de ce traitement, les douleurs ont persisté, les urines sont restées très troubles. En même temps, la malade se plaignait d'une constipation opiniâtre. L'état général était de plus en plus mauvais.

Un examen microscopique des urines pratiqué le 8 juin 1923, a donné les résultats suivants : nombreux polynucléaires. Colibacilles. Recherche négative du bacille de Koch.

L'attention étant attirée sur la possibilité d'une origine digestive des troubles urinaires, des pansements gélosés recto-côliques sont appliqués tous les jours, à partir du 9 juin 1923.

L'amélioration est rapide ; l'état général se transforme ; les selles deviennent régulières, bien moulées, les urines se clarifient et sont bientôt émises sans douleur.

Examen des urines, le 23 juin. — Urine totalement claire. Pas de culot de centrifugation.

CONCLUSIONS

1° Grâce à ses mouvements antipéristaltiques le gros intestin est accessible dans toute son étendue aux liquides introduits même sans pression par la voie rectale. Ces liquides remontent rapidement jusqu'au cæcum (preuves expérimentales et radioscopiques) ;

2° Pour porter des substances modificatrices au contact de la muqueuse du gros intestin, la voie rectale doit être préférée à la voie buccale, qui a l'inconvénient de provoquer une irritation inutile des voies digestives supérieures ;

3° Les phénomènes d'irritation et de spasme provoqués ou entrenus par les lavages d'intestin à l'eau simple doivent déterminer à en abolir l'usage ;

4° Les substances mucilagineuses, grâce à leur action topique, émolliente et décongestive sur la muqueuse, constituent l'excipient de choix pour les lavages et les pansements intrarecto-côliques ;

5° Toutes les recto-côlites aiguës ou chroniques, spécifiques ou non spécifiques, primitives ou secon-

daires sont justifiables de ce traitement. Si on veut agir sur le cæcum et le côlon droit, on donnera la préférence au lavage. Si on veut traiter une côlite gauche ou une rectite, on obtient de meilleurs résultats par le pansement;

6° Lavages et pansements ne sauraient en aucun cas dispenser du traitement diététique ou spécifique par une autre voie (injections sous-cutanées ou intraveineuses de mercure, d'arsenic, d'émétine, etc.). Mais leur emploi dans les affections spécifiques est justifié par leur action sur les lésions banales qui entretiennent et exagèrent la lésion spécifique ;

7° L'utilité qu'il y a, en outre, à exercer une action locale sur les ulcérations spécifiques peut indiquer d'incorporer aux pansements des médicaments spécifiques, dans la dysenterie amibienne, par exemple. La résorption retardée de l'émétine et l'absence de résorption du novarsénobenzol en solution gélosée permettent l'emploi de doses plus fortes que par les autres voies ;

8° Dans les affections recto-côliques sténosantes (cancer, rétrécissement organique), les pansements répondent surtout à l'indication d'améliorer la rectite concomitante et de diminer l'élément congestif qui se surajoute à la sténose. Ils préparent et faciliteront une intervention chirurgicale ;

9° Toutes les infections urinaires ou biliaires d'ori-

gine intestinale sont une indication à l'emploi des pansements recto-côliques ;

10° En raison de son innocuité absolue, de son application facile, et des résultats qu'elle a donné, cette méthode mérite d'entrer dans l'arsenal thérapeutique de tous les praticiens.

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu : le Président,
P. CARNOT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Baillon (*H.*). — Traité de botanique cryptogamique.

Berthelot et Jungfleisch. — Les mucilagineux (Cours de Chimie).

Carabin (*L.-E.*) — Emploi de l'émétine par voie rectale. Thèse de Paris, 1919.

Carnot (*Paul*). — La gélose et les mucilagineux dans le traitement de la constipation (Progrès médical, 17 octobre 1908).

Carnot, Harvier, Friedel, Lardennois. — Les côlites (Cours de Gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon, 1923).

Carnot et Bondouy. — Société de Biologie, 11 mai 1918.

Catz (*Albert*). — Sigmoïdites et péri-sigmoïdites (Gazette des Hôpitaux, 5 mai 1907).

Delbet (*Pierre*) *et Bréchot*. — Anus et rectum (In Nouveau Traité de Chirurgie, de Le Dentu et Delbet).

Duplay. — Traité de Chirurgie.

Fournier (*A.*). — Traité de la syphilis.

Friedel (*G.*). — La dysenterie amibienne chronique et son traitement (Archives des Maladies de l'appareil digestif, 1913).

— Les recto-côlites hémorragiques érosives (Arch. des Mal. de l'app. digestif, 1914).

— Les lavages et pansements intra-recto-côliques (Paris médical, 1er avril 1922).

Gaultier (*René*). — Société médicale de Paris, 12 mai 1922.

Gauthier (*Armand*). — Les mucilagineux (Cours de Chimie).

Gley (*E.*). — Traité de Physiologie.

Guillaume-Louis. — Sigmoïdites (Arch. Méd. chir. de province, 15 août 1909).

Guinard (*A.*) — Abdomen (In Traité de Chirurgie, de Le Dentu et Delbet).

Heitz-Boyer. — Société médicale des Hôpitaux, 17 octobre 1919.

Hemmeter. — Congrès de Médecine de 1900.

Mathieu (*A.*). — Pathologie gastro-intestinale.

— Maladies de l'estomac et de l'intestin.

Michaux (*Paul*). — Société de Chirurgie, mars-avril 1906.
Moutier (*F.*). — La constipation (In Pathol. médicale de Sergent).
Patel. — Congrès de Chirurgie, 1913.
Pouchet (*G.*). — Pharmacologie et matière médicale.
Quénu et Hartmann. — Traité de Chirurgie.
Saillant. — Péri-sigmoïdites. Thèse de Paris, 1906.
Taillandier (*Olivier*). — Contribution au traitement de la dysenterie amibienne par les pansements rectaux à base de novarsénobenzol. Thèse de Paris, 1920.

Impr. de la Faculté de médecine, Jouve & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6232-24